UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 124

# LES ACCIDENTS ET LES COMPLICATIONS DE L'ANUS CONTRE NATURE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 8 juillet 1936*

PAR

**Pierre-Marie-Jean LAURENT**

Élève du Service de Santé de la Marine

**Né à BREST (Finistère), le 9 septembre 1910.**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. GUYOT, professeur ..... *Président*

DUVERGEY, professeur .....

CHARRIER, agrégé ..... *Juges.*

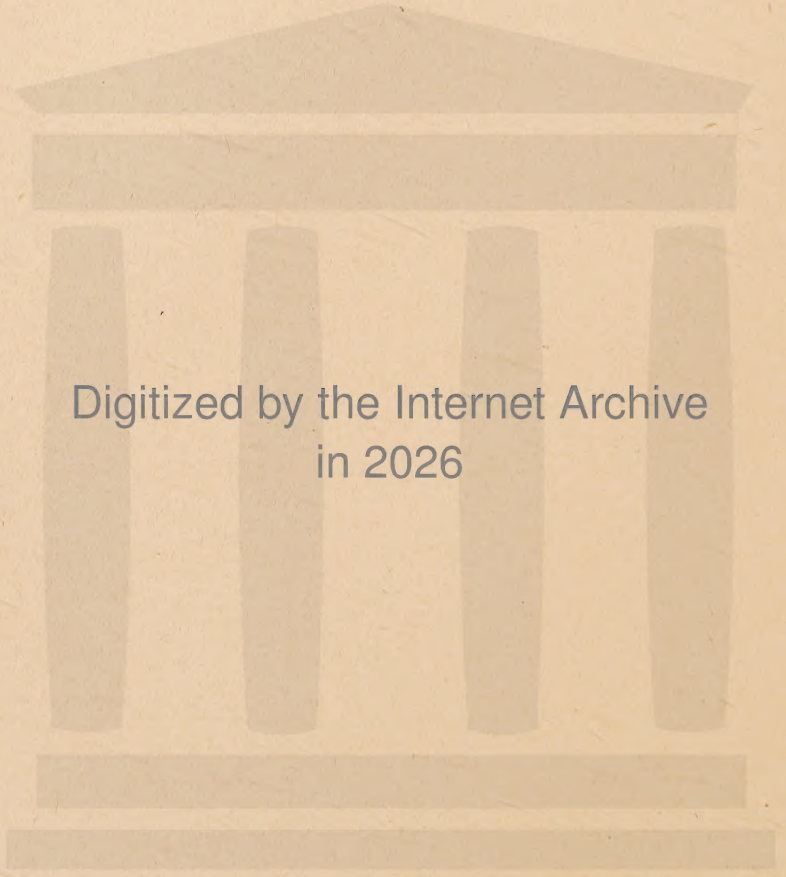
LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

**6, Place Saint-Christoly**

1936


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0030

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 124

# LES ACCIDENTS ET LES COMPLICATIONS DE L'ANUS CONTRE NATURE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 8 juillet 1936*

PAR

**Pierre-Marie-Jean LAURENT**

Élève du Service de Santé de la Marine

**Né à BREST (Finistère), le 9 septembre 1910.**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. GUYOT, professeur..... *Président*

DUVERGEY, professeur..... } *Juges.*

CHARRIER, agrégé..... }

LOUBAT, agrégé..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

**6, Place Saint-Christoly**

1936

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN :** M. MAURIAC.

**ASSESSEUR :** M. LABAT.

**DOYEN HONORAIRE :** M. C. SIGALAS.

**PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

**PROFESSEURS :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. | Zoologie et parasitologie | MANDOUL |
| id. | DUPÉRIE. | Médecine expérimentale | AUBERTIN. |
| Clinique chirurgicale | BÉGOUIN. | Clinique ophtalmologique | TEULIÈRES |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | GUYOT. | Clinique chirurg. infantile et orthopédie | ROCHER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARLES. | Clinique méd. des maladies des enfants | CRUCHET. |
| Clinique d'accouchements | ANDÉRODIAS. | Chimie biologique et médicale | DELAUNAY |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique | SABRAZÈS. | Physique médicale et pharmaceutique | C. SIGALAS. |
| Anatomie | VILLEMIN | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques | BONNIN. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES. |
| Hygiène | LEUBET. | Clinique des maladies des voies urinaires | DUVERGEY |
| Médecine légale et déontologie | LANDE. | Clinique des malad. nerveuses et mentales | ABADIE. |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | RÉCHOU. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Chimie | CHELLE. | Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Hydrologie thérapeutique et climatologie | CREYX. |
| Pharmacie | DUPOUY. | Clinique dentaire | DUBECQ. |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

**AGRÉGÉS EN EXERCICE :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie | N. | Chirurgie générale | CHARRIER. |
| id. | DUFOUR. | id. | LOUBAT. |
| Physiologie | FABRE. | Obstétrique | RIVIÈRE. |
| Médecine générale | DAMADE. | Ophtalmologie | BEAUVIEUX. |
| id. | PIÉCHAUD. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id | DELMAS-MARSALET. | Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA. |
| id. | DE GRAILLY. | Physique médicale | WANGERMEZ. |
| id. | FONTAN. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie | VITTE |

**COURS COMPLÉMENTAIRES :**

| | MM. | | MM |
|---|---|---|---|
| Physiologie | FABRE. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS. |
| Médecine opératoire | PAPIN. | Physique médicale et pharmaceut que | WANGERMEZ. |
| Accouchements | RIVIÈRE. | Botanique | GIRARD. |
| Pathologie médicale | DELMAS-MARSALET. | Médecine légale | DERVILLÉE. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Bactériologie | MOUREAU. |
| Pharmacie chimique | VITTE. | Urologie | DARGET. |

Ophtalmologie . . . . . MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE — A MA MERE

A qui je dois tout.

Leur vie sera pour moi un noble exemple de dévouement et d'abnégation.

Qu'ils trouvent dans ce modeste ouvrage un témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

---

A MA FIANCEE

Avec toute ma tendresse et mon profond attachement.

---

A MES DEUX SŒURS

---

A MON BEAU-FRERE

---

A MES NIECES ODILE ET MICHELLE

---

A MA FUTURE FAMILLE

---

A TOUS LES MIENS

---

A MES AMIS

---

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

---

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

---

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,*
*Officier de la Légion d'honneur,*
*Officier de l'Instruction publique.*

---

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,*
*Officier de la Légion d'honneur,*
*Décoré de la Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

## A MON PRESIDENT DE THESE

### Monsieur le Professeur J. GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique,*
*Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,*
*Membre correspondant de l'Académie de chirurgie,*
*Vice-président de la Société française de gynécologie,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous inspira ce travail. Avec toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait de bien vouloir le présider.

# LES ACCIDENTS
# ET LES COMPLICATIONS
DE
# L'ANUS CONTRE NATURE

## *INTRODUCTION*

Notre maître M. le Professeur Guyot ayant observé une complication rare d'un anus artificiel nous proposa le sujet de notre thèse : *Les accidents et complications des anus contre nature.*

Nos recherches dans la littérature médicale nous montrèrent le grand nombre de ces accidents et complications de l'anus contre nature. La thèse du Docteur Géraud, en 1902, et son étude dans la *Revue de chirurgie* de 1903 nous guidèrent grandement.

Nous nous proposons dans notre travail d'étudier d'abord les accidents d'ordre psychique, puis infectieux, enfin mécanique. Ces accidents d'ordre mécanique comprennent les prolapsus; à ce propos, nous étudierons leur anatomie pathologique, leur pathogénie, leur symptomatologie et leurs complications.

Puis nous envisagerons le traitement de ces accidents. Dans un dernier chapitre, nous essaierons de tirer de notre étude quelques conclusions pratiques.

## CHAPITRE PREMIER

## *L'ANUS CONTRE NATURE*

Nous parlerons tout d'abord de l'anus contre nature non compliqué avant de passer aux complications et accidents de cet anus.

Définition. — Anatomiquement l'anus contre nature est le résultat d'une communication plus ou moins large de la lumière intestinale avec l'extérieur. Pour exclure de nos études la fistule stercorale, nous adopterons la définition de l'anus contre nature au point de vue fonctionnel par Pollosson : « Ce qui caractérise l'anus contre nature et le distingue de la fistule stercorale, c'est qu'il livre passage à la totalité ou à la plus grande partie des matières, c'est qu'il joue pathologiquement le rôle physiologique dévolu à l'orifice anal. »

Le terme d'anus contre nature comprend les anus contre nature établis chirurgicalement et ceux résultant d'un processus pathologique.

Étiologie. — Les anus contre nature reconnaissent trois grands ordres de causes : ils peuvent être spontanés, traumatiques ou opératoires :

a) *Spontanés.* — Il peut s'agir soit de gangrène de l'intestin par étranglement herniaire, fréquent avant la kélotomie précoce, soit de lésions inflammatoires, à savoir : l'appendice, la tuberculose, le cancer, plus rarement l'ulcère simple de l'intestin. Ces seconds processus aboutissent le plus souvent à la fistule pyostercorale.

b) *Traumatiques.* — Il s'agit de plaies intestinales méconnues, de perforations secondaires à la suite de contusions de l'intestin. On a observé des anus contre nature à la suite de plaies pénétrantes de l'abdomen, coup de baïonnette, éclat de bombe, plaie produite par un pieu, etc. Parfois aussi l'intestin a été blessé accidentellement au cours d'une intervention chirurgicale, et la lésion a pu être méconnue, accidents d'ailleurs fort rares.

c) *Opératoires.* — L'anus a été créé sur le cæcum ou le côlon gauche, parfois sur le transverse, exceptionnellement sur le grêle; il est alors établi pour lutter contre une obstruction intestinale ou pour établir une dérivation des matières d'une façon transitoire ou permanente dans le cas de cancer du gros intestin ou du rectum.

Anatomie pathologique. — La pathogénie influence l'aspect de l'anus contre nature. Quand l'anus contre nature a été établi chirurgicalement, l'orifice anormal est, en général, placé dans une région très visible. L'orifice cutané est régulier, rond ou ovale; dans l'anus spontané, il n'y a pas de localisation définie; l'orifice cutané est en forme d'étoiles avec des plis de rétraction. La peau qui l'entoure est rouge et excoriée, et forme une zone qui va se déprimant jusqu'à l'orifice anormal; c'est l'entonnoir cicatriciel de Foucher.

La portion intrapariétale de l'intestin a une direction perpendiculaire ou oblique par rapport à la paroi abdominale et, par suite, une longueur des plus variables. Dans l'abdomen, l'intestin aboutissant à l'anus affecte une direction, jamais la même; tantôt le bout inférieur de l'intestin aboutissant à l'anus contre nature est dans le prolongement du bout supérieur; tantôt ces bouts forment un angle plus ou moins aigu, parfois même ils peuvent être parallèles entre eux, en canon de fusil; c'est particulièrement le cas de l'anus établi après entérectomie quand on abouche les deux extrémités de l'intestin à la paroi, ou dans les procédés de Maydl-Reclus, de Gangolphe, de Hartmann, etc.

Il résulte de ces diverses dispositions que, dans le premier cas, les matières peuvent facilement passer du bout supérieur dans l'inférieur, tandis que dans le second le coude produit par le brusque changement de direction des deux bouts établit un pli ou éperon (Desault, Dupuytren), qui s'oppose au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur et les force ainsi à passer uniquement par l'anus contre nature, disposition avantageuse quand on veut éviter l'issue des matières par l'anus normal, mais, au contraire, très défavorable dans le cas où l'on peut espérer la guérison spontanée.

Il se produit souvent entre l'orifice cutané et l'orifice intestinal un trajet intermédiaire qui est connu sous le nom d'entonnoir membraneux de Scarpa ou infundibulum de Dupuytren. Cette disposition, jointe à l'éloignement de l'éperon, est une condition de la guérison spontanée de l'anus contre nature. L'éloignement de l'éperon est sujet à de grandes variations soumises à l'état de la portion du mésentère correspondante au segment intestinal sur lequel est établi l'anus.

Lorsque l'anus a fonctionné pendant plusieurs semaines, il existe une différence frappante entre les deux bouts de l'intestin. Le supérieur est dilaté et possède des parois notablement épaissies et friables; l'inférieur est rétracté, diminué de calibre. Cette diminution, quand elle dépasse certaines limites, crée une véritable complication, car elle rend très difficile la cure radicale de l'anus contre nature.

L'hypertrophie des tuniques intestinales est fonction de l'inflammation, car la fibre musculaire elle-même n'est pas hypertrophiée.

Physiologie pathologique. — Les caractères de l'écoulement dépendent du siège de l'anus contre nature : jaune clair, liquide, à gros pouvoir digestif lorsqu'il occupe le grêle.

Il est toujours foncé, plus épais, en cas d'anus cæcal. Ce sont des matières semi-solides, parfois même moulées, si l'anus siège sur le côlon gauche.

Le nombre des selles est variable. Foucher a remarqué que les végétaux se présentaient plus vite à l'anus contre nature que les viandes. Quelquefois, les selles sont soumises à l'influence de la volonté, comme cela existe pour l'anus normal. Si l'éperon est peu développé et qu'aucun obstacle n'existe sur le segment inférieur de l'intestin, il peut se produire à la fois des selles par l'anus normal et par l'autre. L'anus sur l'intestin grêle supprime une grande surface d'absorption, puisque tout le segment sous-jacent devient inactif; c'est ce qui explique l'état de maigreur parfois extrême des malades qui sont affligés de cette disposition défavorable.

Evolution. — L'éperon est un obstacle à la guérison spontanée tant qu'il détermine une dérivation complète. Mais l'éperon a une tendance marquée à diminuer de hauteur, du fait de la rétraction progressive du mésentère. Si l'anus est chirurgical, établi avec un fort éperon, il n'a aucune tendance à guérir, et le cours des matières reste dévié de façon définitive.

## CHAPITRE II

## *LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE L'ANUS CONTRE NATURE*

### I. — LES ACCIDENTS D'ORDRE PSYCHIQUE

L'anus contre nature est une infirmité que beaucoup de malades supportent avec désespoir. Pour certains, l'écoulement des matières trop fréquent, l'odeur qu'elles répandent, deviennent une véritable obsession. Le malade tombe, parfois, dans une grande tristesse et s'achemine peu à peu vers la mélancolie et toutes les conséquences qui en dérivent. Des auteurs ont cité des cas opérés ayant un anus contre nature morts d'inanition pour avoir volontairement diminué à l'extrême la quantité de nourriture ingérée, dans l'intention de restreindre la fréquence des selles, cause de leur tourment.

Pour défendre la thèse de l'anus artificiel angulo-colique, le Professeur Chevassu dit : « Je suis persuadé qu'une des raisons qui rendent si difficilement supportable à tant de malades la persistance d'un anus iliaque, c'est l'impossibilité où ils sont de dissimuler leur infirmité à leur partenaire sexuel : l'anus est trop près du pubis. »

### II. — LES ACCIDENTS D'ORDRE INFECTIEUX

#### A. — *Erythèmes et ulcérations.*

Sous l'influence de la diarrhée, de soins de propreté insuffisants, des pansements humides antiseptiques, la peau située au pourtour de l'anus prend une couleur rouge vif; de petites

ulcérations se développent, puis s'élargissent peu à peu, donnant à toute la région l'aspect d'une plaie bourgeonnante et suintante. Le malade ressent des brûlures.

La peau doit être protégée contre l'action irritante des liquides intestinaux au moyen de corps gras : pommade au collargol ou vaseline boriquée. Le pansement devra être renouvelé et bien fait.

### B. — *Erysipèle.*

Nous ne le citerons que pour mémoire, nous n'avons pas connaissance que cette complication ait été observée depuis bien des années.

### C. — *Phlegmon stercoral.*

Cet accident peut se présenter dans deux circonstances : dans un premier cas, nous avons affaire à un anus existant depuis longtemps, surtout sur l'anus contre nature présentant l'infundibulum de Dupuytren dont les parois sont épaissies et friables. Après engouement il se produit une déchirure qui laisse passer des produits septiques dans le tissu cellulaire sous-cutané ou entre les couches musculaires.

Plus souvent, le phlegmon survenait chez les individus âgés chez lesquels le chirurgien établissait un anus contre nature en un temps. Cet accident est actuellement évité, tout au moins dans l'anus artificiel, par l'opération faite en deux temps.

Dans l'occlusion aiguë, évidemment, l'opérateur n'a pas le choix : l'intestin est ouvert à la fin de la première opération. Géraud, dans sa thèse, a donné de cet accident une description excellente : « La peau de la région péri-anale se soulève; il se développe là une tuméfaction douloureuse parfois très volumineuse. Au niveau de la plaie, les lèvres et les points de perforation des fils de la suture sont rouges et gonflés, ou peuvent prendre une teinte rougeâtre érysipélateuse. »

La tuméfaction est souvent sonore à la percussion, crépitante à la palpation, par suite de l'accumulation des gaz et de la faible quantité de pus; d'autres fois on peut y percevoir un certain degré de fluctuation. La température s'élève à 39°5-40 degrés; il existe un état saburral marqué du tube digestif; la langue est sèche, les urines rares, et la mort peut être l'aboutissant de cette affection. Ce sont les microbes anaérobies qui pullulent dans cette variété de phlegmons. Mais actuellement, en établissant l'anus en deux temps, le chirurgien évite cet accident grave. Sinon le traitement consisterait dans l'ablation des fils et l'irrigation à l'eau oxygénée, qui donne de bons résultats dans le cas d'infection par microbes anaérobies.

### D. — *Abcès tardifs et décollements.*

Ils ressemblent aux abcès sous-cutanéo-muqueux de la marge de l'anus. Ces abcès douloureux s'ouvrent spontanément au niveau de la cicatrice, sur les bords de l'orifice normal. Des décollements de la peau leur font suite, formant des clapiers emplis de pus et de matières fécales. Les larges débridements sont indiqués comme traitement.

### E. — *La péritonite.*

Géraud, en 1902, après avoir parlé de la péritonite généralisée succédant au sphacèle d'une hernie étranglée, au retrait dans l'abdomen d'un bout de l'intestin mal fixé à la paroi, ou à la perforation par sphacèle d'un prolapsus irréductible de l'intestin ou encore à l'issue des anses intestinales hors de l'abdomen par suite de la rupture de la cicatrice, décrit que la péritonite enkystée est d'observation plus fréquente. Il semble, d'après nos recherches, qu'avec les progrès de la chirurgie cette complication très grave ne s'observe plus que rarement.

### F. — *Cancérisation secondaire.*

Gouilloud, en 1924, présenta à la Société de chirurgie de Lyon une cancérisation d'un anus iliaque gauche établi deux ans auparavant; il le traita par la résection de l'anus artificiel et du cancer primitif de l'S iliaque.

## III. — LES ACCIDENTS D'ORDRE MECANIQUE

### A. — *L'hypertrophie de l'éperon.*

Cette complication importe seulement dans les anus contre nature justifiables, plus tard, d'une intervention; ce peut être aussi le premier degré d'un prolapsus. L'hypertrophie de l'éperon est fonction de l'inflammation chronique qui fait augmenter de volume les parois du bout supérieur de l'intestin.

### B. — *Sténose des bouts intestinaux.*

Il existe une prédisposition du bout inférieur à l'oblitération, et ceci par suite de l'ulcération de la muqueuse, de la compression par le bout supérieur jointes à la disparition de la fonction.

Géraud, dans sa thèse, indique comme conséquence de l'établissement d'un anus contre nature avec éperon le rétrécissement du bout inférieur. Cette complication s'établit le plus souvent en quelques mois.

Billroth et Terrillon-Chaput ont observé le rétrécissement du bout supérieur, mais accompagné du rétrécissement du bout inférieur; l'inflammation de l'intestin était certainement en cause. Dans les observations des auteurs cités, il s'agissait d'anus contre nature compliquant une gangrène herniaire. Les anus contre nature établis chirurgicalement présentent, moins souvent, le rétrécissement du bout supérieur.

Pour rendre à l'orifice intestinal un diamètre suffisant pour livrer passage aux matières, la dilatation progressive avec des sondes est plus indiquée que les opérations comme l'entéro-anastomose. Des auteurs ont proposé d'amener un nouveau segment d'intestin à la peau, de sectionner le bout rétréci, d'enfoncer dans la lumière de l'intestin un gros drain entouré de gaze, pour éviter le contact des matières avec la plaie dans les quarante-huit premières heures.

### C. — *L'éventration.*

L'éventration est une complication importante; c'est, en effet, un facteur prédisposant au prolapsus. Aussi, le Professeur Jianu, de Bucarest, propose-t-il d'employer pour le confectionnement de l'anus, la dissociation (un Mac Burney), et de refaire anatomiquement les trois plans de la paroi.

Nous sommes en présence de « l'éventration en dôme » de Mallet (Guy) et Etienne Martin. Après la toux, apparaît une voussure régulière, molle et dépressible, sonore à la percussion, réductible sur un des côtés de l'anus contre nature. Cette hernie par éventration présente les mêmes caractères que la hernie ordinaire. L'étranglement de l'intestin au niveau de l'orifice aponévrotique et musculaire, l'éviscération, sont des accidents à craindre à la suite d'éventration.

Actuellement, avec les progrès de la chirurgie, l'éventration ne reconnaît comme cause que la mauvaise qualité des tissus des parois abdominales et l'infection de la plaie opératoire.

### D. — *Les prolapsus.*

Nous abordons maintenant l'étude de la principale complication des anus contre nature. Cruveilhier disait que les prolapsus compliquaient tous les anus contre nature.

Mallet (Guy) et Etienne Martin distinguent trois stades dans l'évolution du prolapsus :

1° Le prolapsus muqueux : simple éversion de la muqueuse;
2° Le prolapsus intestinal;
3° Le prolapsus étranglé, que nous étudierons avec les accidents du prolapsus.

### 1° Le prolapsus muqueux.

C'est une complication habituelle des anus contre nature, surtout des anus artificiels iliaques ou cæcaux. Il est classique de distinguer deux degrés à ce prolapsus.

*a*) le bourrelet muqueux : simple éversion de la muqueuse;
*b*) le cylindre muqueux : la procidence de la muqueuse est beaucoup plus considérable.

Des auteurs ont nié la nature muqueuse du boudin qui se présente à l'inspection; ce boudin pouvant atteindre 3 à 12 centimètres. Primitivement, les parois du cylindre sont minces et souples et on reconnaît bien la nature purement muqueuse; le cylindre rougit, s'enflamme et suinte : il s'épaissit, devient ferme au toucher et donne la sensation d'une éversion de l'intestin lui-même. C'est la lymphangite chronique qui transforme la muqueuse en tissu lardacé et dur rendant sa réduction impossible.

### 2° Le prolapsus intestinal.

Ce prolapsus est formé, comme le prolapsus rectal, par deux cylindres adossés par leurs surfaces séreuses. L'intestin est retourné à la façon d'un doigt de gant et fait issue à travers l'anus contre nature. Cette définition posée, nous voici en face d'une question difficile à résoudre. Nous savons qu'il existe différentes sortes de prolapsus.

*a*) le prolapsus du bout supérieur seul;
*b*) le prolapsus du bout inférieur seul;
*c*) prolapsus des deux bouts;
*d*) prolapsus dans lequel le bout est indéterminé.

De ces prolapsus, quel est le plus fréquent ? Le prolapsus du bout inférieur, associé au prolapsus du bout supérieur, est le plus souvent observé surtout dans l'anus à orifice large muni d'un éperon. Mais le prolapsus du bout inférieur est-il plus fréquent que celui du bout supérieur ? D'après Dupuytren, l'éversion du bout supérieur serait la plus fréquente. D'après Alquier, Boyer et Cruveilhier, ce serait, au contraire, celle du bout inférieur. En 1925, Adam, dans sa thèse, soulignait la fréquence du prolapsus du bout inférieur; puis, en 1929, Mallet (Guy) et Martin (Etienne) écrivaient dans le *Journal de chirurgie* : « Il s'agit ainsi constamment d'un prolapsus du bout inférieur et le prolapsus supérieur semble très rare aujourd'hui. » C'est aussi l'avis du Professeur Jianu et de ses collaborateurs.

Le prolapsus succède habituelement à l'éversion muqueuse. Pour étudier plus facilement le prolapsus intestinal, il est bon d'envisager son mode de production : *a*) sur l'S iliaque; *b*) sur le cæcum.

*a*) Prolapsus dans l'anus iliaque.

α. *Prolapsus du bout inférieur.* — L'intestin éversé présente deux cylindres : un cylindre engainant et un cylindre interne. La surface externe du premier cylindre est constituée par la muqueuse intestinale toujours irritée et enflammée. Les côtés séreux des deux cylindres s'adossent; à la suite d'inflammation venue de la muqueuse ou de phénomènes d'étranglement, des adhérences se constituent; l'éversion est alors irréductible.

β. *Prolapsus des deux bouts.* — La tumeur se développe en bas et en dedans; c'est une tumeur à deux branches ordinairement inégales et ayant tendance à s'écarter l'une de l'autre. Les dimensions et les diamètres des deux bouts sont variables d'un moment à l'autre. Au début, l'éperon ne participe pas au prolapsus. Le prolapsus devient, pour les mêmes raisons que dans le premier cas, irréductible.

*b*) Prolapsus dans l'anus cæcal.

En 1921, MM. Bégouin et Papin, professeurs à Bordeaux, écrivaient dans le *Journal de médecine* : « Il n'est pas toujours possible d'éviter l'anus cæcal large, cause première du prolapsus. Ce qu'il faut aussi bien connaître, c'est la tendance marquée des cæcostomies à s'ouvrir par la suite. »

Dans cet anus artificiel, le bout supérieur ou stomacal est constitué par l'iléon avec la valvule iléo-cæcale; le bout inférieur répond au cæcum et au côlon ascendant. Le bout inférieur est donc situé au-dessus du bout supérieur. Il semblerait que le cæcum et le côlon, par leur propre poids, doivent se prolaber; or, il n'en est rien.

α. *Prolapsus du bout inférieur.* — Dans le prolapsus du bout inférieur, il y a deux stades : 1° le côlon s'invagine; 2° le boudin invaginé, entraîné par son propre poids et un antipéristaltisme violent, s'éverse au dehors : ce qui explique le sillon circulaire séparant le boudin prolabé de l'orifice anal.

β. *Prolapsus du bout supérieur.* — MM. Bégouin et Papin remarquèrent, chez une femme opérée en 1920 pour néoplasme du côlon gauche, un champignon muqueux faisant saillie à travers l'anus cæcal. Après examen, ils reconnurent dans le champignon l'iléon terminé par la valvule iléo-cæcale déversant en dehors tout le contenu de l'intestin grêle. L'iléon peut s'étrangler entre les deux valves, supérieure et inférieure, de la valvule iléo-cæcale.

γ. *Prolapsus des deux bouts.* — Après des efforts ou des pressions intra-abdominales exagérées, le cæcum, le côlon, associés à l'iléon, peuvent se prolaber.

### *LA PATHOGENIE DES PROLAPSUS*

Différents facteurs interviennent dans la production de ces complications de l'anus contre nature; ils sont prédisposants ou déterminants.

### 1° Les facteurs prédisposants.

Bérard en indiquait deux : *a*) la faiblesse de la paroi abdominale; *b*) la longueur du méso.

Dans la création d'un anus artificiel, le chirurgien a fixé solidement le bout supérieur; il a tiré au maximum sur le méso, le prolapsus de ce bout ne peut plus se produire. Il nous reste donc à étudier la pathogénie du prolapsus du bout inférieur.

*a*) La faiblesse de la paroi abdominale.

*α. Suivant le sujet.* — La résistance de la sangle abdominale importe beaucoup. Les individus à paroi atone flasque, les gens âgés, les obèses, les femmes, seront prédisposés au prolapsus.

*β. La façon dont l'anus artificiel a été établi.* — En lisant de nombreux auteurs, nous avons remarqué que le prolapsus se rencontre aussi bien dans l'anus lombaire que dans l'anus abdominal. L'orifice large du nouvel anus est la cause première de la procidence.

Ne remarque-t-on pas d'ailleurs autour de l'ouverture de colostomie un affaiblissement de la paroi ? Celle-ci n'offre pas au doigt la même résistance que partout ailleurs; c'est pour cette raison que bien des auteurs ont préconisé le procédé d'Hartmann à orifice étroit ou sphinctérisé ou en divisant l'anus en deux orifices : l'un pour le bout supérieur, l'autre pour le bout inférieur, séparés par un pont de paroi. Nous avons parlé plus haut de la méthode du Professeur Jianu faisant un Mac Burney gauche tout en reconstituant les trois plans de la paroi.

*b*) La longueur du méso.

*α. Sur l'S iliaque.* — Le méso présente des variations individuelles considérables; il en est de même pour la longueur du côlon iléo-pelvien. Le Professeur Duval (Pierre), dans sa thèse de 1902, dit : « La longueur du côlon pelvien est sou-

mise à des variations considérables; ce fait résulte à priori de ce que l'anse est en évolution vers un type court, accolé dans le bassin et que l'anse colique terminale, primitivement longue et libre sur toute son étendue, se fixe progressivement à la paroi abdominale pelvienne postérieure. Le méso également présente des variations importantes dans la longueur, mais ces variations sont de deux sortes : les unes parallèles à celles de l'anse intestinale; un côlon pelvien long a d'ordinaire un long méso; un côlon court, un petit méso. Les autres sont individuelles; le processus général du raccourcissement que nous avons signalé peut ne porter que sur le méso et non sur l'intestin, ou inversement. »

Un côlon pelvien long, avec long méso, se prolabera certainement lors d'un anus artificiel; le peu de longueur du côlon ou du méso arrêtera la marche du prolapsus. Nous n'aurons pas de complication de cet ordre avec un côlon court, muni d'un court méso, collé dans le pelvis. Il est bien entendu que nous ne considérons que le prolapsus du bout inférieur, une bonne technique empêchant toute procidence du bout supérieur.

*β. Sur le cæcum.* — Il n'existe pas de méso; aussi cette partie intestinale ballotte-t-elle librement dans la fosse iliaque droite. Le cæcum n'est retenu que par le mésentère et des vaisseaux; aussi se prolabera-t-il facilement.

Le péritoine forme souvent au côlon ascendant un méso très court, condition ne permettant pas le prolapsus; mais le côlon ascendant peut toutefois suivre la procidence du cæcum.

### 2° Les facteurs déterminants.

L'effort, quel qu'il soit, permet la procidence, et avec lui, pour une moindre part, l'anti-péristaltisme.

*a*) L'effort.

*α. Actif*, violent, peut provoquer exceptionnellement le prolapsus aigu, mais il faut aussi dire avec Mallet et Mar-

tin (E.) : « C'est sans doute aux phénomènes inflammatoires qui suivent toute intervention ouvrant le péritoine, à l'iléus paralytique post-opératoire, que se rattache le mécanisme d'apparition du prolapsus. »

*β. Passif*, est dû à l'appareil de Reverdin. Cet appareil, formé d'une longue poche avec gros anneau de caoutchouc adapté au pourtour de l'anus, forme ventouse; ce fait est capital dans la pathogénie du prolapsus; l'aspiration produite attire au dehors l'intestin, et c'est d'autant plus dangereux que l'appareil cache le prolapsus; il le moule.

*b*) L'antipéristaltisme.

Celui-ci n'existe pas normalement sur tout le cadre intestinal; mais pour peu qu'il existe un obstacle ou des mucosités abondantes, l'antipéristaltisme se généralise et s'exagère. Les ondes de ce mouvement sont dirigées de bas en haut dans l'anus iliaque, et de haut en bas dans l'anus cæcal, d'où procidence du bout inférieur après invagination; ce facteur n'entre que rarement en cause.

*LA SYMPTOMATOLOGIE DES PROLAPSUS*

## 1° Signes physiques.

*a*) Le prolapsus muqueux.

Au début, c'est un repli circulaire rosé dont la surface est coupée de sillons radiaires; au début, la paroi est souple, mais peu à peu, par suite de l'infiltration, elle s'épaissit. Il n'y a pas de solution de continuité entre la peau et la périphérie du bourrelet. Cette muqueuse, prolabée malgré les soins, s'infecte souvent et s'ulcère par suite de nombreuses irritations.

*b*) Le prolapsus intestinal.

Nous l'avons vu au chapitre précédent, c'est le prolapsus du bout inférieur qui se voit le plus souvent. A l'inspection, le prolapsus se présente comme un boudin rouge; la direc-

tion prise par l'éversion peut être verticale ou recourbée du côté de l'abdomen par suite de la traction du mésentère. La muqueuse de l'intestin retourné varie de coloration suivant la circulation veineuse; celle-ci est-elle entravée, nous aurons un prolapsus rouge sombre ou même bleuâtre; au contraire, la circulation n'est pas interrompue, la muqueuse sera rouge vif. Nous ne voyons plus en clinique de prolapsus anciens; leur muqueuse, d'après Géraud : « d'aspect tomenteux, recouverte par places d'épithélium corné, présentait des ulcérations superficielles facilement saignantes, ou encore revêtues de croûtelles noirâtres. »

A l'extrémité libre de ce prolapsus nous trouvons un orifice central par lequel s'écoulent les sécrétions muqueuses accumulées s'il y a imperméabilité rectale.

A la palpation un doigt à l'intérieur, l'autre à l'extérieur, nous sentons que le prolapsus est formé de deux cylindres adossés qui peuvent glisser l'un sur l'autre; c'est un signe de début en effet; par la suite, ce glissement n'est plus possible. La réduction de ces boudins prolabés peut être spontanée ou possible par le taxis; mais dès l'apparition d'œdème, de congestion, d'adhérences, le prolapsus devient irréductible, et le chirurgien doit intervenir.

S'il y a prolapsus des deux bouts, nous observons les mêmes symptômes; mais les deux branches sont le plus souvent d'inégale longueur. Dans l'anus cæcal, il se produit une véritable invagination aux dépens du côlon, et le boudin invaginé, entraîné par son propre poids et un antipéristaltisme violent, s'éverse au dehors. Il existe entre ce boudin et l'orifice de cæcostomie un sillon circulaire plus ou moins profond que le doigt peut explorer. L'orifice, à l'extrémité libre, laisse sourdre des mucosités. Le cæcum, à son tour, et à la longue, s'éverse.

### 2° Signes fonctionnels.

Généralement, tant qu'il n'y a pas de complications, des mucosités s'évacuent par le prolapsus du bout inférieur, ou,

si le bout supérieur est prolabé, les matières continuent à s'évacuer normalement. L'attouchement, les lavages, provoquent sur le bout éversé des mouvements vermiculaires allant de la profondeur vers l'extérieur. La gêne causée par le prolapsus est bien supportée par le malade, mais il est des cas (obs. de MM. Loubat et Fontan) où la longueur du prolapsus et les coliques occasionnées provoquent des douleurs considérables.

La douleur spontanée est le plus souvent due à l'inflammation des tuniques de l'intestin ou l'étranglement; la douleur est provoquée par une tentative de réduction ou des mouvements; elle siège au niveau du pédicule.

*LE DIAGNOSTIC*

Après l'étude des travaux récents sur les prolapsus, nous constatons que le plus souvent nous nous trouvons en présence d'un prolapsus du bout inférieur. Comment reconnaître ce prolapsus ? C'est un segment d'intestin d'où s'échappent des mucosités, les matières se vidant par l'autre segment. Différents petits moyens nous permettent de penser au prolapsus du bout inférieur; d'après Adam : « Dans un anus iliaque, une sonde en gomme, flexible, mince, introduite dans la cavité du boudin prolabé, heurte bientôt la paroi postérieure du segment et tend à descendre dans la cavité pelvienne. En cas d'anus cæcal, la sonde est facilement poussée directement en haut. L'administration de lavements colorés, en cas d'anus iliaque, la sortie se fait par l'anus normal dans le cas de prolapsus du bout inférieur. »

*LES COMPLICATIONS*

*a*) Irréductibilité.

En voici les causes : 1° la stase veineuse tient à la constriction de l'anneau, d'où apparition d'œdème; 2° l'inflammation provoque des adhérences entre les tuniques séreuses adossées. L'intestin est alors exposé aux ulcérations et même à la gangrène.

*b*) Ulcérations.

De petites érosions s'étendent en surface et gagnent les couches profondes de l'intestin. Si un traitement actif n'est pas institué, le malade peut mourir de péritonite par suite de perforations de l'intestin éversé.

*c*) Etranglement.

Ce n'est pas un vrai étranglement; en effet, nous n'avons pas d'anneau constricteur ni de sillon de striction. Ce sont des phénomènes inflammatoires comme on en voit dans les hémorroïdes étranglées.

Il s'agit d'une irréductibilité du prolapsus tenant à ce que le cylindre externe, dont la vascularisation est troublée, n'est plus suffisamment souple pour permettre au chirurgien l'enroulement colique évaginé. Le cylindre externe éversé, d'abord rouge et congestionné, devient bientôt livide et se couvre par places de plaques grisâtres de sphacèle. Après avoir réséqué le cylindre externe, le chirurgien voit qu'il n'y a pas d'œdème diffus du cylindre interne.

*d*) Prolapsus et hédrocèle.

Nous emprunterons les idées directrices de la description suivante à l'article de MM. Charrier et Bardon (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1929). C'est une complication rare. Aux 9 observations relatées dans l'article précédemment cité, nous n'avons pu en ajouter d'autres, la littérature médicale n'en contenant aucune depuis cette date. Ces malades souffrent et leur anus contre nature gonfle rapidement. Le prolapsus peut préexister ou prolapsus et hédrocèle sont contemporains. Cet accident apparaît surtout chez des gens âgés.

Nous nous trouvons en présence d'une hernie étranglée; le sac est constitué par le prolapsus du gros intestin. Le chirurgien appelé se trouve en présence d'un malade qui accuse « les signes fonctionnels et physiques de l'occlusion intestinale.. », ou bien le prolapsus se manifeste en même

temps qu'apparaît l'occlusion, ou bien le prolapsus établi antérieurement prend un nouvel aspect : il s'agit d'un prolapsus irréductible et douloureux dont le volume augmente brusquement et dont la coloration se modifie. En présence de cette tuméfaction à paroi muqueuse, il est rationnel de penser qu'il s'agit simplement d'un étranglement portant sur une portion du gros intestin sans complication herniaire. Mais la palpation de cet ensemble donne une impression de masse résistante au pédicule large, ensemble d'une consistance un peu élastique, sensation que ne pourrait fournir un bout colique œdématié. Au reste, même s'il y a doute en raison des phénomènes d'occlusion, le traitement chirurgical s'impose d'urgence.

## CHAPITRE III

## *TRAITEMENT DES PROLAPSUS*

Nous envisagerons dans ce chapitre deux points : pour éviter la formation du prolapsus, le traitement prophylactique doit être l'objet des soins les plus attentifs de la part du chirurgien; malgré ces soins, la formation du prolapsus ne pourra pas toujours être empêchée, cet accident étant dû le plus souvent à la négligence du malade et à la non-observation des conseils donnés. Aussi devrons-nous, en second lieu, étudier le traitement curatif.

### I. — TRAITEMENT PREVENTIF

Il y a toujours possibilité d'un traitement préventif d'une grande efficacité. Pour cela, il faut la suppression de tout appareil genre Reverdin et la pratique d'un anus artificiel dans des conditions telles que le prolapsus ait peu de chance de se produire. Il faut donc :

— supprimer l'appareil de Reverdin;
— faire un bon anus artificiel.

#### A. — *Supprimer l'appareil de Reverdin.*

Cette notion résulte des études de bon nombre de chirurgiens et des publications à ce propos ont été faites en 1929 par MM. Malet-Guy et Martin (Etienne), et, en 1931, par M. le Professeur Hartmann.

D'après la plupart des observations publiées, les malades atteints de prolapsus de leur intestin à travers leur anus artificiel étaient porteurs d'appareils de Reverdin ou d'appareils similaires. Cet appareil forme ventouse, et, par suite, il y a aspiration du bout inférieur; le bout supérieur, bien fixé, ne se prolabe pas, et il s'ensuit de l'inflammation, de l'œdème et, conséquence dernière, de l'irréductibilté. La cause de ces complications réside dans l'inflammation produite par les frottements du sac et parce que les malades n'observent pas toujours les soins de propreté prescrits; même l'appareil de Reverdin possédant une grille métallique ne donne pas toujours de meilleurs résultats (1).

Pour remplacer cet appareillage, bien des chirurgiens préfèrent, l'anus bien établi devenant rapidement continent, mettre sur l'anus une simple couche d'ouate, maintenue par un bandage. Les malades arrivent, par une rééducation bien comprise, à n'avoir qu'une selle par jour; et cette selle, si l'anus est situé sur l'S iliaque (la majorité des cas), est le plus souvent moulée. En période diarrhéique, le malade devra évidemment garnir son anus d'un appareil, mais le plus simple possible. La cause de la diarrhée étant connue, un traitement efficace sera rapidement institué.

### B. — *Faire un bon anus artificiel.*

Dans ce paragraphe, nous devons envisager deux cas : *a*) l'anus artificiel iliaque; *b*) l'anus cæcal. L'anus, sur le transverse droit, ne semble pas devoir retenir notre attention, car, malgré les interventions de M. Aubert dans le *Journal de chirurgie* en 1932, cet anus n'est guère employé.

(1) La grille de Gentille, si elle n'empêche pas complètement l'appareil de faire ventouse, ne permet pas au prolapsus de se reproduire ou, tout au moins, de devenir volumineux et dangereux par ses complications. Cette grille ne peut rendre de services que chez les malades qui observent une bonne hygiène. Il faut la nettoyer souvent, et les malades de la classe populaire n'en ont pas la patience.

*a*) L'anus iliaque.

Pour faire une bonne colostomie, le Professeur Hartmann préconisait :

1° Ne pas exposer à la contamination du péritoine;
2° Eviter le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur;
3° Réaliser une continence plus ou moins complète des matières.

1° Lorsque les circonstances ne forcent pas le chirurgien à établir un anus en un seul temps, il emploiera la technique en deux temps. Tous les procédés actuels dérivent du procédé type Maydl-Reclus : les fibres de l'aponévrose du grand oblique ont été incisées selon leur direction, on va pénétrer transversalement à travers le plan des petit oblique et transverse, inciser le péritoine et extraire le côlon iliaque. Le côlon est soudé par une couronne de sutures séro-séreuses. Le mésentère est traversé par un tube de caoutchouc ou une tige de verre. Après un laps de temps variant entre quatre et six jours, lorsque les adhérences entre le péritoine et l'intestin sont solides, on ouvre au thermocautère l'anse intestinale, suivant sa longueur, sur 2 ou 3 centimètres.

Quelques modifications ont été apportées à ce procédé pour éviter surtout le prolapsus du bout supérieur; on suture à la paroi, sur une certaine longueur, l'intestin au-dessus de l'anus artificiel; ou bien on s'adresse au mésocôlon ilio-pelvien, qu'on fixe à la paroi, en ayant soin de ne pas comprendre les vaisseaux dans la suture. Nous avons d'ailleurs vu que, grâce à cette colopexie, le prolapsus du bout supérieur ne s'observe plus. En faisant l'ouverture retardée de l'anus, le chirurgien assure l'asepsie des sutures et la solidité des parois.

2° Les modifications suivantes apportées à ce procédé servent à éviter le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Bien des procédés furent employés; ce sont les techniques de Schnuzingen, Madelung-Sonnenburg, qui ont sectionné l'intestin, fermé et réduit dans le ventre le

bout inférieur et amené le seul bout supérieur à la peau; l'inconvénient de ces méthodes est de favoriser en cas de tumeur sous-jacente l'accumulation des sécrétions muqueuses et de ne pas permettre les lavages.

Le procédé de Reclus a aussi pour principe de s'opposer au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur et de créer pour celui-ci un orifice très étroit, qui s'oppose au prolapsus. Ce procédé consiste en la section complète de l'intestin, en la création de deux orifices complètement séparés l'un pour le bout supérieur, l'autre pour le bout inférieur. Mais avec un côlon très long et très mobile et un méso très lâche, le chirurgien peut craindre le prolapsus. D'où des modifications consistant à attirer le bout inférieur dans la partie supérieure de la fosse iliaque, à l'aboucher à un orifice étroit.

Audry taille un lambeau carré de 4 centimètres de côté, aux dépens de la lèvre supérieure de l'incision, comprenant : la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose du grand oblique; ce lambeau est amené sous l'anse intestinale, à travers la brèche du mésentère, et fixé à la lèvre inférieure de la plaie. La lèvre, qui livre passage à l'intestin, est réduite au minimum par une suture solide; c'est l'anus à pont cutané.

3° Pour obtenir la continence et éviter le prolapsus, Van Hacker fait une boutonnière à travers le grand droit; Witzel fait de même; Cleich trépane l'os iliaque, attire le côlon iliaque à travers le trou osseux et le fait sortir à la région fessière.

Roux cherche à établir un anus aussi bas que possible, près de la symphyse pubienne, qui peut servir de point d'appui à une pelote obturatrice. Braun fait aussi un anus ilio-crural. Hartmann pratique de la façon suivante :

α. Incision cutanée;

β. Dissociation à la sonde cannelée des fibres du grand oblique au niveau d'un interstice du grand oblique; pose de deux écarteurs;

γ. Séparation à la sonde du faisceau du petit oblique et du

transverse, qui sont orientés perpendiculairement au précédent; deux écarteurs sont posés perpendiculairement aux deux premiers;

δ. Incision du fascia transversalis.

Descarpentries modifie ce procédé; il détache de l'aponévrose du grand oblique une bandelette aponévrotique de 1 centimètre de large sur 10 centimètres de long, qu'il passe sous l'intestin et fixe avec cette même aponévrose en dedans de l'anse extériorisée; c'est, en quelque sorte, un éperon solide. Cet orifice trouve dans le muscle transverse une sorte de sphincter et peut être encore réduit par la contraction du grand oblique : l'orifice est donc continent et s'oppose au prolapsus.

Pierre Duval avait proposé la colostomie par section complète de l'anse avec oblitération du bout inférieur et sphinctérisation de l'orifice anal à la façon d'Hartmann; ce procédé a l'avantage de ne pas permettre l'issue du bout inférieur à l'extérieur; il expose à l'accumulation des sécrétions au-dessus du point rétréci du rectum et empêche les lavages. Lambret ne croit pas à la rétention au-dessus de la tumeur.

Nous en arrivons à des procédés cherchant la continence par tunnellisation ou par extériorisation de l'intestin en boudin recouvert de peau; ce sont les techniques de Cunéo et de Lambret.

Le procédé de Cunéo s'applique aux anus définitifs; deux lambeaux de peau de la région iliaque sont retournés et suturés par leurs bords de façon à former un tunnel transversal; une brèche, pratiquée au-dessus de ce tunnel, permet de sectionner l'intestin, de refouler dans l'abdomen le bout inférieur suturé, d'amener le bout supérieur au dehors, de le coucher sur le tunnel, puis, après l'avoir glissé sous la peau, de l'aboucher à un orifice, qui sera le futur anus, placé au-dessous du tunnel. On dissèque ensuite un long lambeau cutané destiné à recouvrir l'intestin et le tunnel lui-même. L'intestin est ainsi situé entre deux surfaces cuta-

nées, par l'intermédiaire desquelles la continence est réalisée à l'aide d'une pince spéciale, qui comprime l'intestin à une certaine distance de l'anus.

Lambret sectionne l'intestin, ferme et rentre le bout inférieur (qui pourra plus tard être fistulisé, étant fixé à l'incision); il extériorise, sur une longueur de 8 ou 10 centimètres le bout supérieur et l'habille à l'aide de la peau. Il obtient ainsi un boudin qu'il est facile d'oblitérer avec un pansement au leucoplaste.

Mais ces procédés compliquent l'intervention; et pourtant le chirurgien est pris entre deux écueils : ouverture intestinale trop étroite, issue difficile des matières fécales, ouverture trop large, prolapsus de l'intestin. Chez des malades fatigués, anémiés, le mieux est de recourir à un anus continent le plus simple possible. On peut employer le procédé de Santy ou le pont de crins destiné à relier l'éperon fixe solidement entre les deux orifices intestinaux les deux lèvres de l'incision musculo-aponévrotique.

*b*) L'anus cæcal.

Quenu et Duval recommandent, en cas de cæcostomie faite pour parer aux accidents d'obstruction, par exemple en cas de cancer du côlon gauche, de se contenter d'une étroite fistulisation du cæcum. Mais cette fistule étroite n'est pas toujours suffisante pour empêcher les accidents d'obstruction. Des matières dures et volumineuses peuvent encombrer la lumière intestinale, aussi faut-il souvent agrandir l'anus cæcal. Mais en lisant l'article de MM. Bégouin et Papin dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1921), nous relevons : « Ce qu'il faut aussi bien connaître, c'est la tendance marquée des cæcostomies à s'élargir par la suite; c'est un fait dont il faut tenir compte dans leur établissement. »

La création d'un anus cæcal s'inspire le plus souvent du procédé de Nélaton : incision parallèle à l'arcade crurale droite; attraction au dehors de l'anse distendue qui se présente. On fixe l'intestin dans la plaie au moyen d'une cou-

ronne de points de suture réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral; ouverture de l'anse.

Comme conseils à donner aux malades porteurs d'anus contre nature, il importe de leur interdire tout effort violent; au moment de la défécation, éviter de faire contracter la sangle abdominale, éviter les fatigues, les efforts de toux.

## II. — TRAITEMENT CURATIF

Le prolapsus est constitué; nous devons envisager plusieurs cas.

### A. — *Le prolapsus est réductible.*

On le réduit après quelques attouchements à la cocaïne; s'il est volumineux, il faut endormir le patient; on prend le prolapsus dans une serviette mouillée et on réduit.

### B. — *Le prolapsus est irréductible.*

L'indication opératoire doit être discutée en se basant : d'une part, sur la nature de l'affection causale, et, d'autre part, sur les caractères du prolapsus.

Seuls les malades dont l'affection n'est pas fatale à plus ou moins brève échéance seront justiciables d'un traitement Des sujets atteints de récidives de néoplasme du rectum ou arrivés à la phase terminale ne seront pas opérés. Nous allons étudier le traitement du prolapsus à travers l'anus iliaque, puis à travers l'anus cæcal.

*a*) L'anus iliaque.

Les différentes techniques s'inspirent de la cure des anus contre nature.

1° Méthode extrapéritonéale; c'est une simple résection de la muqueuse prolabée qui s'inspire de l'opération de Juvara-Delorme pour le prolapsus du rectum : résection de l'anse prolabée; plissement de la muqueuse.

2° Méthode intrapéritonéale; cette intervention peut se faire de deux manières :

α. Par la voie intraabdominale : c'est l'intervention à distance de l'anus contre nature; on arrive dans la grande cavité péritonéale, on résèque l'anse herniée et on fixe à la peau la section d'intestin. C'est une opération très dangereuse, vu la septicité du milieu où l'on opère;

β. Par la voie extra-abdominale. En employant cette voie, le chirurgien ouvre le péritoine à la limite périphérique du cylindre externe, et là le péritoine est déjà vacciné et a contracté les adhérences. Dans le procédé préconisé par MM. Mallet-Guy et Martin (E.), nous relevons : « On sectionne après désinfection, aussi minutieuse que possible, le prolapsus à sa base, on coupe la muqueuse et les parois du manche extérieur. On entre alors dans la cavité péritonéale, qui se prolonge en diverticule dans le prolapsus, et l'on aborde l'anse, qui monte à son intérieur; on la sectionne économiquement; elle n'est pas étranglée.

» Certaines précautions doivent être prises :

» 1° Faire correctement l'hémostase du méso pour éviter les hémorragies secondaires et éventuelles;

» 2° Fixer l'anse invaginée à la paroi;

» 3° Faire sur cette anse une ligature à la soie qui tombera par la suite, mais qui permettra aux adhérences de s'établir sans que les sécrétions muqueuses viennent souiller la plaie;

» 4° Enfin reserrer par quelques points la brèche pariétale. »

Comme conséquence de cette opération, on doit constiper les malades plusieurs jours. On ne peut intervenir pour refaire la paroi à cause de la septicité du milieu; aussi une des raisons du prolapsus n'est pas abolie : la faiblesse de la paroi. Mais il semble que la nouvelle suture des parois de la colostomie soit suffisante pour empêcher le prolapsus de se reproduire.

*b*) L'anus cæcal.

C'est à MM. Bégouin et Papin que l'on doit l'emploi du procédé de Thiersch pour le cerclage de l'anus cæcal : le prolapsus est réduit, un fil d'argent est mis à travers les plans musculo-aponévrotiques autour de l'anus en tissu sain; on serre les fils jusqu'à ce que l'ouverture de cæcostomie soit jugée suffisante. Cette méthode a été beaucoup employée dans tous les anus contre nature.

### C. — *Le prolapsus est étranglé.*

Le débridement préconisé par certains auteurs est aveugle et dangereux; il est donc à rejeter. A Bordeaux, MM. Charrier et Bardon ont préconisé deux méthodes, la seconde leur semblant donner les meilleurs résultats :

*a*) On incise directement le sac; on pratique, en quelque sorte, une cure de hernie étranglée, tout comme dans la hernie inguinale. Cette intervention s'adresse plutôt aux prolapsus volumineux.

*b*) Dans une deuxième méthode, on aborde le pédicule de la hernie dans sa portion saine. On extériorise le prolapsus et ce qu'il contient avec la collerette cutanéo-muqueuse, les liquides septiques du sac sont évacués, puis on abouche l'intestin à la paroi.

## CHAPITRE IV

## *OBSERVATIONS*

Observation I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot.)

X..., atteint de cancer du rectum, entre à la Clinique du Tondu pour y subir un anus iliaque palliatif. Celui-ci est pratiqué à la cocaïne : l'anse sigmoïde est extériorisée, une sonde cannelée traverse le méso; l'intestin n'est pas suturé au péritoine.

Le lendemain, le malade accusant des douleurs vives, on examine sa plaie. L'anse extériorisée est noire, en voie de gangrène. Il s'est produit la torsion de l'anse : celle-ci est ouverte; les parties sphacélées sont excisées; une sonde rectale est mise dans le bout supérieur. Les suites de cet accident ont été sans incident. L'anus fonctionna normalement et le malade guérit sans le moindre accident abdominal.

Observation II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot.)

Mme L..., 62 ans, venue consulter pour un néo du rectum inopérable. On décide de faire un anus iliaque gauche. Celui-ci est pratiqué à l'anesthésie locale sans accident dans les suites opératoires.

Trois mois après, la malade revient avec un prolapsus de 25 centimètres. On tente la réduction avec des compresses chaudes et attouchements à la cocaïne.

Devant l'échec, on procède à la résection du prolapsus. Suites normales. Le dixième jour, la malade quitte la clinique. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Observation III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot.)

Mlle X..., 68 ans, est opérée d'un anus palliatif pour épithélioma du rectum. Au bout de quatre mois, elle revient à la clinique avec un prolapsus volumineux (40 centimètres); l'intestin est œdématié mais sans ulcération.

Une tentative de réduction sous anesthésie au Kelène permet de réduire le prolapsus. Pour éviter la reproduction, on conseille l'application de la grille de Gentille ajoutée à l'appareil.

Grâce à cette grille, nous avons pu, chez de nombreux opérés, éviter l'inconvénient du prolapsus à répétition.

Observation IV.

(MM. Mallet-Guy et Etienne Martin,
*Journal de chirurgie*, 1929, p. 425.)

Il s'agit d'une malade opérée, en août 1922, d'une tumeur du rectum, à l'hôpital de la Croix-Rousse, par le Docteur Fayol (service du Professeur Patel).

Dans un premier temps, on fit un anus contre nature, iliaque gauche, et, dans un deuxième temps, l'amputation du rectum. Depuis, l'évacuation des matières s'effectue régulièrement par l'anus artificiel muni d'un appareil de Reverdin. L'état général de la malade s'est bien amélioré; elle n'a plus aucun trouble digestif. Elle vient presque tous les ans suivre la visite du Professeur Bérard. Elle continue son travail de garde-barrière.

Actuellement, l'examen de l'abdomen montre un anus contre nature, iliaque gauche, présentant deux orifices placés l'un au-dessus de l'autre. Ils sont séparés par un pont cutané de quelques centimètres; il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, ni du bout supérieur ni du bout inférieur, mais seulement éversion des muqueuses et affaiblissement très net de la paroi abdominale, éventration facilement réductible.

Observation V.

(Dr Souligoux, *in* thèse Géraud, 1902.)

Femme de 52 ans, opérée le 1er mars 1902. M. Souligoux établit un anus iliaque par le procédé de Maydl qu'il modifia en faisant la section complète de l'intestin, dont il accola les deux bouts en canon de fusil. Il se produisit au bout de peu de temps un prolapsus de 10 centimètres du bord inférieur.

*Opération.* — On sectionne en long chaque cylindre intestinal prolabé, de façon à le diviser en deux valves; les vaisseaux sont liés au fur et à mesure, puis les deux valves sont sectionnées au ras de l'orifice artificiel et on suture la muqueuse à la paroi abdominale.

Cette opération est suivie de guérison.

Observation VI.

(MM. Loubat et Fontan,
*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 sept. 1923.)

Mme X..., 71 ans, est opérée par l'un de nous le 16 septembre 1922 : anus iliaque gauche, par le procédé de Maydl-Reclus, sous anesthésie locale, pour un épithélioma inopérable, sténosant, du rectum. L'anus est établi sur le côlon iliaque fixé à la paroi après traction, aussi complète que possible, de la partie supérieure de l'anse, la partie inférieure restant flottante.

Les suites immédiates ont été bonnes, et la malade rentre chez elle au bout d'un mois, avec un anus iliaque fonctionnant parfaitement.

Vers le début de février 1923 (quatre mois et demi après l'opération), la malade présente un prolapsus du bout inférieur, qui s'accentue de plus en plus et gêne la malade. Elle revient à l'hôpital. A ce moment, le prolapsus, long de 15 centimètres, est constitué par le retournement rétrograde de l'intestin à partir de la bordure muco-cutanée. Il existe une ulcération circulaire avec

sphacèle superficiel de la muqueuse sur la partie moyenne du boudin invaginé. La malade est gênée par ce prolapsus, qui occasionne des coliques.

*Opération* (22 février 1923). — Résection du prolapsus à 2 centimètres environ de la paroi abdominale. Pas d'anesthésie. Après avoir placé quelques points d'adossement séro-séreux entre les deux cylindres intestinaux, on pratique la suture totale circulaire, à la soie, des deux tranches intestinales, concentriques. Le petit bourrelet intestinal, qui persiste après suture, est réduit aisément.

Les suites opératoires sont excellentes.

### Observation VII.

(Lenormand, publiée dans l'article de MM. Charbonnel et Chauvenet, *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 févr. 1925.)

Femme de 50 ans. Abdomino-périnéale pour cancer rectal. Le bout supérieur est fixé en anus artificiel dans une incision faite dans la fosse iliaque gauche après dissociation des fibres musculaires.

Les suites opératoires parurent d'abord excellentes; la malade rend des gaz le deuxième jour. La température baisse après ablation des mèches périnéales. Aucun signe de réaction péritonéale, mais l'anus ne fonctionne pas. Une sonde y pénètre facilement. Un lavement administré par cette sonde ne ramène pas de matières.

A partir du cinquième jour, la température s'élève, la langue est sèche, le pouls est irrégulier, le ventre se ballonne. Malgré un lavement purgatif, l'anus ne fonctionne pas. Le sixième jour, après introduction d'une grosse sonde dans l'anus artificiel, abondante débâcle de matières. Mais, la malade meurt dans la nuit du septième au huitième jour.

*Autopsie.* — Pas de péritonite. Rien d'anormal dans la loge rectale. L'intestin grêle est peu dilaté, le gros l'est beaucoup plus. En examinant la région de l'anus artificiel, on constate que la partie du côlon sigmoïde, immédiatement susjacente à cet anus, s'est étranglée et tordue.

Cette portion du gros intestin avait un méso long, qui lui avait

permis de se déplacer. Ce segment susjacent, au lieu de rester en position iliaque, s'est abaissé et est tombé au fond du bassin.

Ce faisant, il s'est engagé dans une sorte d'orifice, limité en arrière par la paroi abdominale postérieure, en dedans par l'insertion du méso-sigmoïde, en dehors par l'anus, en avant par la portion du méso correspondant au segment intestinal fixé et ouvert à la paroi, et, en même temps, il s'est tordu sur lui-même, sous l'influence de la poussée des gaz et des matières accumulées dans le côlon, d'où occlusion progressive qui a déterminé la mort.

### Observation VIII.

(MM. Bérard et Challier, *Lyon chirurgical*, 1909.)

Homme de 62 ans, qui entre le 8 décembre 1909 à la salle Saint-Louis, avec tous les signes d'un cancer du rectum, datant sans doute de plusieurs mois et dont le malade ne se plaignait que depuis quelques semaines. En raison de l'état général un peu précaire, et de l'existence de phénomènes d'obstruction, on décide de pratiquer d'abord un anus contre nature. Celui-ci est établi à l'union du côlon descendant et de l'iliaque par le procédé de Maydl-Reclus avec l'adjonction de sutures pour fixer solidement le méso et l'intestin au péritoine pariétal et aux téguments. Il fut ouvert au thermo seulement le surlendemain. Le 9 janvier, amputation totale du rectum par la voie coccy-périnéale. Le lendemain matin, en défaisant le pansement, on constate au niveau de la colostomie un prolapsus énorme qui s'est produit à travers l'orifice supérieur de l'anus et qui forme un boudin long de 20 centimètres, rougeâtre, turgescent, œdémateux, étranglé dans son orifice de sortie. Des malaxations très prudentes produisent des ecchymoses, voire même des hémorragies sous-muqueuses ou muqueuses sans obtenir la moindre réduction. Pour mettre fin à tout accident d'étranglement, on endort le malade au chlorure d'éthyle; on réséque le prolapsus à sa base par un procédé analogue à celui de Mikulicz et Segond pour les prolapsus du rectum. Dans le prolapsus a été entraînée une bonne partie du méso-sigmoïde, qui

est réséqué également après hémostase. Le malade guérit rapidement. Un prolapsus purement muqueux de 3 ou 4 centimètres persiste pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Deux mois après, il ne subsiste pas de traces du prolapsus.

### Observation IX.

(MM. Mallet-Guy et E. Martin, *Journal de chirurgie*, 1929.)

Homme de 48 ans, entré salle Saint-Sacerdos, le 5 février 1926, pour des troubles de la défécation. Pas d'antécédents pathologiques spéciaux. L'affection actuelle aurait débuté il y a deux ou trois ans. Actuellement, syndrome fissuraire avec sang rouge dans les selles, qui sont déformées, rubannées. Au toucher rectal, à 2 ou 3 centimètres de l'anus, tumeur bourgeonnante siégeant sur la paroi antérieure et postérieure du rectum, laissant le côté gauche indemne. Le doigt passe encore facilement, la tumeur a environ 2 centimètres de haut.

Le 13 février 1928, intervention (Professeur Bérard) : anus iliaque gauche définitif, à pont de crins suivant la méthode ordinaire. Bonnes suites opératoires, léger prolapsus muqueux.

Le 2 mars 1926 (Professeur Bérard), amputation périnéale du rectum. Suites opératoires normales. Le malade rentre chez lui avec un appareil de Reverdin.

Il revient le 7 octobre 1928, envoyé par son médecin, pour prolapsus étranglé de l'anus iliaque. Il raconte qu'il y a une semaine environ, dans un effort, il a vu se produire un prolapsus de son intestin, avec arrêt de l'écoulement des matières. Actuellement, depuis deux jours, l'écoulement des matières se reproduit. On constate, à l'examen, l'existence d'un prolapsus étranglé de 13 centimètres de long.

Le 11 octobre 1928, intervention (Docteur Mallet-Guy) : résection du prolapsus, qui ne peut être réduit; hémostase du méso, fixation à la paroi du bout inférieur que l'on complète par un petit surjet sur l'éperon.

Le 20 octobre, il persiste un léger degré de prolapsus muqueux. Le malade part avec une ceinture simple.

### Observations X et XI.

(MM. Jianu, Theodoresco et Theodoru, *Gazette des hôpitaux*, 31 janv. 1934.)

I. — S... (V.), homme de 29 ans, opéré le 25 janvier 1933 pour rectite sténosante lympho-granulomateuse. Anus contre nature définitif iliaque gauche par dissociation en deux temps (Maydl-Reclus). L'anse extériorisée est maintenue sur un bourdonnet de gaze. Section transversale de l'intestin le cinquième jour au thermo. L'intestin extériorisé se réduit lentement, et le malade part avec un bon anus et se fait appliquer par suite un appareil collecteur type Reverdin. Après un mois, notre malade observe l'apparition d'une tumeur intestinale rouge qui grossit en suivant la direction de l'appareil vers le pli inguinal.

A un moment donné, la tumeur devient irréductible, très douloureuse, se couvre de dépôts sales et quelques escarres, et, dans cet état, il vient dans notre clinique.

A son arrivée, la tumeur avait une longueur de 20 centimètres environ. L'examen nous montre que le prolapsus intéresse les deux bouts de l'intestin qui se trouvent aux extrémités supérieures et inférieures du prolapsus. Pas d'éventration. Diagnostic : prolapsus étranglé. Après avoir essayé de le réduire, le 1er avril 1933, nous avons opéré le malade sous rachi, à la novocaïne. Au bistouri électrique, nous avons commencé par inciser le cylindre externe à la limite de la muqueuse. La cavité péritonéale est ouverte, et alors on libère vite l'anse de ses adhérences. On attire tout ce qui vient, on ferme l'intestin après ligature des vaisseaux du méso à l'aide de l'appareil de Petz, on coupe au bistouri électrique et on fixe les deux bouts coliques enfouis à la paroi. Le troisième jour, on ouvre au thermo. Le malade guérit très bien, et, le 3 mars 1933, on lui fait l'amputation abdomino-périnéale du rectum.

II. — I... (E.), femme, 63 ans, opérée le 30 juin 1933, pour cancer ampullaire du rectum. Amputation abdomino-périnéale type Quenu, dans un temps, avec anus iliaque gauche. La malade quitte le service en bon état, et revient après trente jours avec un prolapsus. Pas d'appareil collecteur. Elle présente une tumeur de 8 centimètres de longueur, dirigée vers la région inguinale, rouge, discrètement hémorragique, avec des mouvements vermiculaires, peu réductible : éventration. Opération le 28 octobre 1933 sous rachi à la novocaïne. Excision extrapéritonéale au bistouri électrique de la muqueuse, qui est très exubérante. Suture aux points séparés de catgut. Pansement aux compresses vaselinées. La malade part guérie en dix jours.

Observation XII.

(MM. Bégouin et Papin,
*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juillet 1921.)

Mme S... (Marie), 44 ans, entrée à l'Hôpital du Tondu le 24 octobre 1920. Néoplasme du côlon gauche, à peu près à l'union du côlon descendant et de l'anse sigmoïde, dont les premiers signes se sont manifestés en juin 1919, et qui a donné lieu depuis à trois crises d'obstruction intestinale.

Le 3 novembre 1920, fistulisation du cæcum.

Le 6 novembre 1920, des matières extrêmement dures, agglomérées dans le cæcum et le côlon, empêchent le fonctionnement de la fistule; celle-ci est agrandie et transformée en véritable anus cæcal, qui donne abondamment les jours suivants.

Le 16 décembre 1920, laparotomie. Après décollement colopariétal du côlon descendant, résection colique gauche (20 centimètres environ d'intestin renfermant le néoplasme, avec le méso correspondant). Suture termino-terminale complète des deux bouts. Fermeture de la paroi en laissant deux mèches au contact de la colectomie.

Dans les jours suivants, après ablation des mèches, persistance

pendant quelque temps, au milieu de la cicatrice de laparotomie, d'une petite fistule qui laisse passer quelques gaz et quelques matières.

En janvier 1921, par la cæcostomie qui s'est nettement agrandie, apparaît un prolapsus d'abord purement muqueux et réductible. Puis ce prolapsus augmente; le champignon qu'il constitue finit par représenter le segment terminal du grêle dont le doigt peut faire le tour, la valvule de Bauhin étant visible à l'extérieur. Toutes les matières sont ainsi déversées au dehors, la peau est extrêmement altérée.

Le 12 février 1921, le prolapsus ne cédant à aucune manœuvre, comme d'autre part on ne veut pas fermer totalement l'anus cæcal avant que la petite fistule de laparatomie soit complètement guérie, on procède au cerclage de l'anus cæcal avec un fil d'argent, serré de façon à maintenir le prolapsus réduit et à ne laisser qu'un petit orifice faisant soupape de sûreté.

Les jours suivants, les matières recommencent à prendre leur cours régulier et passent par l'anus normal. La fistule de la plaie de laparotomie se ferme complètement.

Le 4 mars 1921, la fistule médiane étant guérie, les matières passant régulièrement par l'anus normal, on procède à la fermeture définitive de l'anus cæcal par entérorraphie intrapéritonéale.

Vers la fin de mars, apparition d'une crise d'occlusion intestinale, avec boudin dans le flanc droit, arrêt des matières et des gaz pendant quarante-huit heures, ayant été sur le point de nécessiter une nouvelle intervention. La crise cède spontanément à des lavements et des compresses chaudes.

Le malade sort le 16 avril 1921.

Nous avons eu des nouvelles fin juin; son état local et général continue à être très bon. Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique du côlon descendant; les ganglions du méso ne présentaient aucun envahissement épithéliomateux.

Observations XIII et XIV.

(MM. Charrier et Bardon,
*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 février 1929.)

I. — Mme X..., 60 ans, entre dans le service de M. le Professeur agrégé Charrier, salle 2 *bis*, le 18 avril 1927, pour un prolapsus douloureux de son anus cæcal. Elle avait été opérée un an auparavant en raison d'une occlusion du gros intestin. Intervention d'urgence par M. le Docteur Gandy, interne du service. Anesthésie générale à l'éther. Incision de la muqueuse du segment intestinal prolabé aux confins du rebord cutané. Ouverture à ce niveau de la cavité péritonéale. Il existait là une anse grêle coudée sur elle-même et adhérente au péritoine du cylindre prolabé. Après destruction des adhérences, réintégration de l'anse herniée. Résection de la partie exubérante du gros intestin qui est de nouveau abouché à la peau. Suites simples. Guérison.

II. — H..., 64 ans, entré le 2 janvier 1928 pour un prolapsus volumineux d'un anus iliaque gauche définitif pour cancer du rectum opérable et opéré par une amputation périnéale élargie.

La saillie de cet anus artificiel s'est produite brusquement dans la nuit précédente avec douleurs violentes, quelques nausées et du météorisme localisé à l'épigastre. Actuellement, c'est un énorme prolapsus, tendu, violacé, douloureux et plus gros qu'un poing d'adulte.

Intervention immédiate sous anesthésie locale après essai infructueux de taxis; il semble que vers la partie inférieure ce prolapsus présente un assez gros épaississement. On incise près de la peau et on découvre une anse grêle (20 centimètres environ) étranglée dans un déplissement du prolapsus. Pour aller vite, le prolapsus est largement ouvert, l'agent d'étranglement du grêle est sectionné, et l'anse, qui ne présente aucune altération sérieuse, est réduite dans l'abdomen. Le cylindre du gros intestin prolabé est réséqué et abouché à la paroi abdominale. Suites opératoires aussi simples que possible. Guérison en quinze jours.

## *CONCLUSIONS*

I. — Les accidents de l'anus contre nature sont de différents ordres : psychique, infectieux et mécanique.

II. — Les accidents d'ordre mécanique, les plus importants, comprennent les prolapsus.

III. — Dans un anus contre nature, le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin peuvent se prolaber. Grâce à la technique chirurgicale actuelle, le prolapsus du bout supérieur n'est guère observé; le prolapsus du bout inférieur est plus fréquent. Les deux bouts intestinaux peuvent s'éverser à l'extérieur.

IV. — Il existe deux formes anatomiques de prolapsus :

*a*) prolapsus partiel, ou muqueux;
*b*) prolapsus total ou intestinal.

V. — Différents facteurs interviennent dans la production de ces prolapsus :

*a*) les facteurs prédisposants : la faiblesse de la paroi abdominale et la longueur du méso;
*b*) les facteurs déterminants : l'effort actif ou passif, celui-ci dû au port d'un appareil genre Reverdin, et l'antipéristaltisme.

VI. — Le prolapsus, accident relativement bénin de l'anus artificiel, peut se compliquer d'irréductibilité, d'ulcérations, d'étranglement et d'hédrocèle. Ces complications exigent un traitement chirurgical.

VII. — Le traitement doit être avant tout préventif. L'anus artificiel, établi pour lutter contre les accidents d'obstruction ou comme traitement palliatif du cancer du rectum, doit être

bien situé, petit; il ne doit pas exposer à la contamination du péritoine; éviter le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

Ces conditions remplies, le malade évite le port d'appareil compliqué. Le procédé Maydl-Reclus, associé au procédé de Hartmann pour la dissociation des muscles de la paroi, semble réaliser les meilleures conditions pour empêcher le prolapsus intestinal.

Le prolapsus constitué est réductible; on refoule l'intestin dans la cavité abdominale. Le prolapsus est irréductible, l'intervention intrapéritonéale est la méthode de choix; cette intervention peut se faire de deux manières : ou par la voie intra-abdominale, mais voie dangereuse vu la septicité du milieu où l'on opère, ou par la voie extra-abdominale; on opère là où le péritoine est déjà vacciné et a contracté des adhérences. Dans l'anus cæcal le cerclage au fil d'argent a rendu de grands services. En cas d'étranglement, l'exérèse immédiate s'impose.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
*Le Président*,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 juin 1936.
*Le Recteur de l'Académie*,
A. TERRACHER.

## *BIBLIOGRAPHIE*


Adam. — Du prolapsus du bout inférieur dans l'anus artificiel. Thèse Bordeaux, 1925.

Amussat. — Anus lombaire. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1839, 40, p. 218.

Bégouin et Papin. — Le prolapsus de la valvule iléo-cæcale à travers l'orifice de cæcostomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1921.

Belgy. — La continence et l'obturabilité des anus artificiels, procédé de Lambret. Thèse Bordeaux, 1923.

Bérard et Challier. — Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature. *Lyon médical*, 1909.

Blamoutier. — De l'antipéristaltisme normal et pathologique. Thèse Paris, 1924.

Bode. — Etranglement de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin au niveau d'un anus contre nature. *Beitr. Zür. Klin. Chir.*, 1911.

Bonnet et Ricard. — Soc. de chir. de Lyon, 22 janvier 1925.

Challier et Mondor. — Le cancer du rectum.

Charbonnel et Chauvenet (A.). — Les complications des colostomies iliaques gauches. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1925.

Charrier et Bardon. — A propos d'une complication de l'anus contre nature : étranglement de l'intestin grêle dans le prolapsus du gros intestin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1929.

Charrier et Dubourg (G.). — A propos de 26 cas d'amputation périnéale du rectum. *Bordeaux chirurgical*, avril 1932.

Chavannaz. — A propos de l'anus iliaque dans le cancer inopérable du rectum. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1922.

Chevassu. — Résultat éloigné d'un anus artificiel. Soc. de chir. de Paris, 18 mai 1927.

— Anus artificiel sous-angulo-colique. Soc. de chir. de Paris, 1933.

Cunéo. — Un nouvau procédé d'anus iliaque continent. *Presse médicale*, 19 avril 1922.

Delore, Mallet-Guy et Vachez. — Du traitement direct intrapéritonéal dans la cure des anus contre nature. *Revue de chirurgie*, 1926, p. 259.

Descomps et Cumesco. — La circulation lymphatique du gros intestin. *Revue de chirurgie*, 1923.

Dupuytren. — Mém. à l'Acad. royale de méd., 1828.

— Leçons de chirurgie, 1832.

Duval. — La fermeture intrapéritonéale des fistules et anus contre nature. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, déc. 1928.

— Thèse d'agrégation. Paris, 1902 : Continence d'un anus artificiel. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1922, p. 880.

Faure (J.-L.). — A propos du traitement de l'anus contre nature. Soc. de chir. de Paris, 1903.

Forgue. — Anus contre nature. Précis de pathologie externe.

Foucher. — De l'anus contre nature. Thèse d'agrégation, Paris, 1857.

Gaillard (H.). — Anus iliaque continent, selon la technique de M. le Professeur Cunéo. Thèse Paris, 1923.

Géraud. — Complications des anus contre nature. Thèse Paris, 1902.

— *Revue de chirurgie de Paris*, 1903, p. 190-208.

Giordano. — Sur le prolapsus intestinal dans les anus contre nature, et particulièrement dans les anus cæcaux. *Il Policlinico*. Sezione pratica, Rome, 1930.

Godart. — L'anus artificiel angulo-colique. Thèse Paris, 1924.

Gouilloud. — Cancérisation d'un anus iliaque gauche établi deux ans auparavant. Soc. de chir. de Lyon, 1924.

Gueullette. — Pratique médico-chirurgicale, t. I, p. 574-580.

Guibé. — Un cas de hernie étranglée de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin au niveau d'un anus artificiel sigmoïdien. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1914.

Guleke. — L'anus artificiel dans le cancer inopérable du rectum. *Zentr. für chir.*, Leipzig, janv. 1934.

Guyon. — Des complications de l'anus contre nature. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Hahn. — Prolapsus intestini cæci et col ascendant ex ano protematuralis. *Zeits. f. Wundärte u. Geburtsh.*, Stuttgart, 1865, p. 40-42.

Hartmann. — Chirurgie du rectum. Paris, Masson, 1931.

Jaboulay. — Les anus contre nature dans le volvulus. *Lyon médical*, 1911.

Jianu, Théodoresco, Théodoru. — Les prolapsus des anus iliaques gauches. *Gazette des hôpitaux*, 107, 31 janv. 1934.

Kaufmann. — Prolapsus du cæcum à travers un anus iliaque droit. Hédrocèle. Etranglement de l'intestin grêle. *Ann. d'anat. pathol.*, déc. 1930.

Lambret. — L'anus iliaque en trompe ou en gargouille. *Presse médicale*, 11 février 1925.

Lenormant. — Occlusion intestinale mortelle. Etranglement au niveau d'un anus iliaque. Soc. de chir. de Paris, 27 janv. 1920.

— Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. *Progrès médical*, Paris, 1924, p. 626-630.

Loubat et Fontan. — Prolapsus rétrograde du bout inférieur de l'intestin dans un anus artificiel. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923.

Luna. — Athrepsie intestinale consécutive aux anus contre nature. *La Medecina Ibera*, 16 avril 1932.

Madranges. — Prolapsus étranglé du bout efférent d'un anus iliaque. Soc. de chir. de Marseille, 1923.

Mallet-Guy et Heitz. — Prolapsus étranglé et sphacélé d'un anus iliaque gauche. Résection. Guérison. *Lyon médical*, 6 septembre 1928.

Mallet-Guy et Martin (Etienne). — Les grands prolapsus des anus iliaques gauches et leur complication d'étranglement. *Journal de chirurgie*, 1929, p. 425.

Mazet. — Des anus chirurgicaux de l'intestin grêle. Thèse Toulouse, 1935.

Montagne. — Anus artificiel sur le transverse. *Marseille médical*, 5 févr. 1933.

Moreau. — Nécrose de l'intestin après anus en gargouille. Soc. belge de chir., 27 mars 1926.

Neuhofer. — Complications de l'anus contre nature. *Journal de chirurgie*, 1925, p. 96.

Okinczyc. — Les anus artificiels continents. *Journ. de méd. de Paris*, oct. 1923, p. 28-31.

Pauchet. — Signes et traitement du cancer du rectum. *Presse médical*, 1920.

— Fermeture d'un anus artificiel. *Clinique*, 1922.

— Anus gargouille de Lambert. *Paris chirurgical*, 1924.

Petropoulos. — De l'étranglement de l'intestin grêle dans le prolapsus du gros intestin au niveau des anus contre nature. Thèse Lyon, 1925.

Polosson. — Note sur l'anus iliaque avec oblitération du bout inférieur dans les cancers du rectum. *Congrès franç. de chir.*, 1885, p. 446-459.

Rousseaux et Bertrand. — Prolapsus « étranglé » d'un anus iliaque gauche. Résection extra-abdominale. Guérison. *Revue médicale de l'Est*, août 1932.

Roux-Berger. — Anus de dérivation sur le côlon ascendant. Soc. de chir., 24 oct. 1923.

Sabatier. — Mémoire sur l'anus contre nature. *Bull. de l'Acad. royale de chir.*, 1774.

Sandbrand (Janco). — La fermeture intrapéritonéale des fistules et anus contre nature (procédé du Professeur Pierre Duval). Thèse Paris, 1932.

Sanguinetti. — De quelques complications de l'anus contre nature à propos de deux observations. Thèse Montpellier, 1920.

Santy. — Prolapsus étranglé du grêle dans un orifice d'iléostomie; résection intestinale; guérison. Soc. de chir. de Lyon, 1925.

Stern. — La thérapeutique postopératoire. Paris, 1931.

Schneider. — Régulation des selles dans l'anus artificiel. *Der chirurg.*, Berlin, 23 nov. 1929.

Terrier (Félix). — *Bull. de la Soc. de chir.*, 9 nov. 1898, et *Revue de chirurgie*, 1901, p. 129, 621, 719.

Van Cueyk. — Anus transverse droit. Thèse Montpellier, 1927.

Vellardi, Pérez, Fontana et Nario. — Occlusion intestinale par coudure de l'intestin grêle sur anus iléal gauche. *Ann. de la Fac. de Med.*, janvier 1934.

19.699. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.